

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
SUI CASI DI MORTE E DI GRAVI MALATTIE CHE HANNO COL-  
PITO IL PERSONALE ITALIANO IMPIEGATO IN MISSIONI MILI-  
TARI ALL'ESTERO, NEI POLIGONI DI TIRO E NEI SITI DI  
DEPOSITO DI MUNIZIONI, IN RELAZIONE ALL'ESPOSIZIONE A  
PARTICOLARI FATTORI CHIMICI, TOSSICI E RADIOLOGICI DAL  
POSSIBILE EFFETTO PATOGENO E DA SOMMINISTRAZIONE DI  
VACCINI, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AGLI EFFETTI DEL-  
L'UTILIZZO DI PROIETTILI ALL'URANIO IMPOVERITO E DELLA  
DISPERSIONE NELL'AMBIENTE DI NANOPARTICELLE DI MINE-  
RALI PESANTI PRODOTTE DALLE ESPLOSIONI DI MATERIALE  
BELLICO E A EVENTUALI INTERAZIONI**

## RESOCONTO STENOGRAFICO

### AUDIZIONE

20.

## SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 APRILE 2016

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIAN PIERO SCANU**

### INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Boldrini Paola (PD) .....	10
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i> .....	2	Carrozza Maria Chiara (PD) .....	10
<b>Seguito dell'audizione dell'Ispettore generale della sanità militare (IGESAN), generale Enrico Tomao:</b>		Catalano Ivan (MISTO) .....	7, 8
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i> .....	2, 7, 9, 11, 12	Cova Paolo (PD) .....	8
Amato Maria (PD) .....	9	Duranti Donatella (SI-SEL) .....	8
Biselli Roberto, <i>Vice capo servizio sanitario Aeronautica militare</i> .....	7	Tomao Enrico, <i>Ispettore generale della sa- nità militare (IGESAN)</i> .....	3, 7, 10, 12
		Zardini Diego (PD) .....	9

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
GIAN PIERO SCANU

**La seduta comincia alle 8.30.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che se non vi sono obiezioni la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Seguito dell'audizione dell'Ispettore generale della sanità militare (IGESAN), generale Enrico Tomao.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione dell'Ispettore generale della sanità militare IGESAN, generale Enrico Tomao, che ringrazio per la sua presenza.

Saluto con piacere anche le persone che lo accompagnano, il generale Roberto Bisselli e il colonnello Luigi Lista, e li ringrazio anche a nome dei colleghi.

Ricordo che la seduta odierna si svolge nelle forme dell'audizione libera e che ove necessario i lavori potranno proseguire in forma segreta.

Ricordo che nella seduta del 16 marzo scorso l'ispettore generale ha svolto un'ampia relazione sul tema oggetto dell'inchiesta, ma a causa dell'inizio dei lavori d'Aula è mancato il tempo per consentire ai commissari di avanzare i propri quesiti. Mi incarico perciò di presentare, nella seduta odierna, alcuni spunti di interesse per il lavoro della Commissione che sottopongo al generale Tomao nella forma dei seguenti quesiti.

Che vuol dire che il personale militare è sottoposto a immunizzazione che tende a consolidare il ciclo vaccinale dell'infanzia? Sono previste vaccinazioni di *routine* per tutto il personale militare? Può fornirci il dettaglio dei vaccini utilizzati (marca, dose e frequenza), facendo riferimento al periodo tra il 2009 e il 2014?

Partendo da questo dato, quante persone sono state sottoposte a vaccinazioni multiple e complesse? Da chi e come vengono effettuati gli acquisti e gli approvvigionamenti dei vaccini? C'è un elenco dei fornitori e dei prezzi?

Come vengono gestiti e archiviati questi dati? Chi inserisce il dato e che dati vengono raccolti? Che dati fanno parte della cartella sanitaria del militare raccolta dal facente funzione del medico competente? Questi dati possono essere consultati dal militare e dalle strutture sanitarie civili e/o militari? Se sì, in che modo?

I risultati indicati da lei, caro generale, sulla mortalità causa specifica dell'intera coorte dei militari inviati in missione nei Balcani sono legati al fatto di « aver eliminato il problema della sottonotifica », utilizzando il *database* generale dell'ISTAT. Può chiarire meglio il significato di tali affermazioni?

Un criterio più largo di valutazione del danno da parte della CMO non sembra però incidere sulla valutazione del Comitato di verifica per le cause di servizio, il quale continua ad operare sulla base di un nesso di causalità che il legislatore si è esplicitamente orientato a modificare nel senso della probabilità di causa, che è cosa diversa dalla delega al nesso di causalità. Poiché nel CVCS ci sono medici militari spesso relatori dei singoli casi, è opportuno chiarire se a questi medici sia stata data indicazione nel senso di orientare la loro

valutazione sulle cause di servizio in termini di probabilità di cause, secondo un indirizzo omogeneo della giurisprudenza rinvenibile nelle numerose sentenze che vedono l'amministrazione della Difesa soccombente.

Nella sua relazione si è fatto riferimento ai 105 procedimenti di contenzioso giudiziale. Sono in corso tentativi di conciliazione? Se sì, quanti sono i casi in essere?

Per quanto riguarda l'attività di ricerca, nella sua relazione ha fatto riferimento allo studio di indicatori per le patologie asbesto-correlate nell'ambito delle Forze armate. Potremmo acquisire questo studio? Comunque, può anticiparci come è stato individuato il campione dei 429 soggetti? Vi sono forme di collaborazione tra IGESAN e il Comitato di prevenzione e controllo delle malattie del personale militare istituito presso il Ministero della difesa? In caso di risposta positiva, in quale ambito si sviluppa questa collaborazione?

Il generale ha avuto la cortesia di portare il testo scritto della relazione che svilupperà sulla base anche delle domande che gli sono state poste nel precedente incontro. Pertanto, gli cedo la parola.

ENRICO TOMAO, *Ispettore generale della sanità militare (IGESAN)*. Buongiorno a tutti. Desidero innanzitutto ringraziare il presidente e i componenti della Commissione per la nuova convocazione, che ritengo sia utile per chiarire alcuni aspetti contenuti nella memoria presentata in data 16 marzo.

Rispetto alle domande, presidente, vorrei chiarire che alcune non le ho, ma ne possiamo comunque parlare, sebbene avessi una scaletta diversa.

Le domande che mi erano state poste muovevano, in particolare, dalla profilassi vaccinale: il dettaglio dei vaccini utilizzati, marca, dose e frequenza.

I vaccini utilizzati, per marca, dose e frequenza sono quelli disponibili e reperibili sul territorio nazionale in base alle norme vigenti nella farmacopea. Per ogni tipologia di vaccino ci si attiene alla scheda tecnica del prodotto autorizzata dal Ministero della salute e dall'AIFA.

In un annesso alla presente scheda è stato riportato un elenco dei vaccini dispo-

nibili sul mercato utilizzabili in ambito Forze armate e Arma dei carabinieri.

Allo stato attuale, la somministrazione della profilassi vaccinale nelle Forze armate è descritta dalla direttiva tecnica per l'applicazione del D.M. 31 marzo 2003 « Aggiornamento delle schedule vaccinali e delle altre misure di profilassi per il personale militare » aggiornata al 2008, che consegno alla Commissione.

Tale direttiva tecnica è periodicamente rivista sulla base delle indicazioni scientifiche ed epidemiologiche derivanti dalla bibliografia nazionale e internazionale. Qualsiasi modifica è sottoposta comunque alla preventiva validazione del Ministero della salute prima del suo utilizzo. La dose e la frequenza dei vaccini somministrati sono funzionali al profilo di impiego del militare. In particolare, la dose e la frequenza sono attualmente regolate da quattro moduli, di cui il primo è quello di base utilizzato all'atto dell'incorporamento e serve per integrare o completare il programma di immunizzazione dell'infanzia, cioè tetano, difterite, poliomielite, epatite B, meningococco, morbillo, rosolia, parotite, varicella ed epatite A.

I successivi moduli 2, 3 e 4 sono finalizzati ad incrementare il livello di protezione individuale in relazione all'impiego all'estero o nelle forze speciali. Lo schema sinottico dei moduli è riassunto nell'annesso (la lettura sarebbe lunga).

Come vengono effettuati gli acquisti e gli approvvigionamenti dei vaccini? L'approvvigionamento dal mercato può essere effettuato attraverso l'acquisto centralizzato, a livello interforze, tramite la Direzione generale del commissariato e dei servizi generali oppure da parte dei singoli servizi di sanità di forza armata e dei carabinieri, a livello sempre centrale.

Inoltre, è anche possibile l'acquisto al dettaglio da parte delle singole infermerie di corpo secondo le vigenti modalità amministrative, in funzione delle specifiche esigenze prospettate dalle rispettive autorità sanitarie.

Cosa vuol dire che il personale militare è sottoposto a immunizzazione che tende a consolidare il ciclo vaccinale dell'infanzia?

Il personale militare, all'atto del reclutamento, deve essere in regola con le vaccinazioni e presentare il relativo certificato rilasciato dalla ASL di competenza. Il personale militare è sottoposto a profilassi vaccinale a completamento e/o integrazione del programma vaccinale previsto nell'età infantile, ovvero, già dal bando concorsuale e poi all'atto dell'arruolamento, è prevista l'acquisizione del libretto vaccinale individuale, che serve a programmare l'integrazione della profilassi vaccinale del militare secondo quanto previsto dai moduli precedentemente riportati.

Qualora non in regola, il militare è sottoposto alle vaccinazioni di completamento o richiamo in relazione alla profilassi vaccinale, per cui si rafforza l'immunizzazione propria dell'infanzia.

Faccio due esempi per chiarire meglio in che maniera avviene. Ad esempio, la vaccinazione anti-epatite B proposta in Italia su base obbligatoria nei nati dopo il 1991 non viene somministrata all'incorporamento se è riportata nella documentazione acquisita. Qualora una specifica vaccinazione sia stata effettuata nell'infanzia per l'obbligo, cioè plurivaccinazioni intese nel senso di due o tre, a seconda del tipo, nel caso della vaccinazione antitetanica il soggetto sarà sottoposto solo al richiamo e non alla ripetizione dell'intero ciclo vaccinale.

Si chiede se siano previste vaccinazioni di *routine* per tutto il personale militare e, in tal caso, quali vaccinazioni sono somministrate. I vaccini di *routine* sono quelli previsti nei citati moduli vaccinali. Il primo modulo è previsto all'incorporamento; le ulteriori vaccinazioni sono effettuate in relazione alle categorie di impiego e al rischio occupazionale nei teatri fuori dai confini nazionali, ove sussistano particolari rischi epidemiologici. Ciò a salvaguardia della salute individuale del militare e dell'intera comunità, sia lavorativa sia familiare e sociale, al rientro in patria.

Il problema della non vaccinazione espone chiaramente il soggetto a eventuali patologie che si possono riscontrare andando in teatri internazionali, cioè malattie infettive che sono endemiche in certe re-

gioni del mondo. Per dire la gravità di quello che può accadere, cito l'esempio dei militari dell'Unione Sovietica — credo che fosse negli anni Ottanta — che andarono in Afghanistan. Essi non erano vaccinati contro la difterite, quindi ci fu un'epidemia di difterite nel personale, che chiaramente si ammalò e ci furono anche dei decessi, ma il problema ancora più grande si verificò quando rientrarono in patria, perché rientrando in patria portarono l'agente difterico, per il quale non erano vaccinati in Unione Sovietica, quindi scoppiò un'epidemia, con grossi problemi per la salute pubblica.

Inoltre, in ragione delle esigenze specifiche e contingenti connesse con l'impiego dello strumento militare, nonché per gli aspetti precauzionali derivanti dalla vita in collettività, in aderenza anche ai principi del decreto legislativo n. 81, articolo 279, sono praticate ulteriori vaccinazioni — i moduli 2, 3 e 4 — ma non devono far pensare che ve ne siano altre cento. Il modulo 2 ne comprende altre tre, tifo, colera e febbre gialla; per i moduli 3 e 4 dipende dai luoghi in cui si va, poiché comprendono vaccini anche molto particolari, ad esempio per l'encefalite giapponese eccetera. Se si va in quei Paesi, bisogna proteggere il personale.

Pertanto, questo tipo di condizione è propria anche della sanità pubblica ed è richiamata più volte dal Ministero della salute come condizione ottimale per la salute pubblica, quello che l'altra volta avete definito «l'effetto gregge», che spiegherei meglio, per raggiungere un tasso di copertura vaccinale sulla popolazione superiore al 95 per cento.

Per completezza di informazione, è in via di approvazione al Ministero della salute una nuova direttiva dei vaccini molto più snella.

Circa i dati presenti nell'archivio elettronico militare, si chiede come questi dati vengono gestiti e archiviati, chi inserisce il dato e quali dati vengono raccolti; quali dati fanno parte della cartella sanitaria del militare raccolta dal facente funzioni del medico competente.

Le attuali modalità di notifica prevedono la compilazione da parte del medico militare di schede predisposte con un certo numero di voci da compilare, che riguardano lo stato di salute e l'impiego del militare. Una volta pervenute all'Osservatorio epidemiologico della Difesa queste informazioni sono riportate su *file* predisposti da parte del personale incaricato. I *file* di *database* sono allocati su *server*, accessibili soltanto al personale incaricato e utilizzati per l'elaborazione delle statistiche in forma anonima dalla sezione statistica dell'Osservatorio epidemiologico della Difesa.

In che modo questi dati possono venire consultati dal militare e dalle strutture sanitarie, civili e militari? IGESAN in questo momento non ha accesso a nessuna cartella clinica e utilizza i dati sanitari inoltrati con le modalità indicate in precedenza esclusivamente per fini statistici epidemiologici. I dati clinici grezzi, così come la storia dei provvedimenti medico-legali e di medicina del lavoro di ogni singolo soggetto, sono disponibili presso le strutture sanitarie di Forza armata e dell'Arma dei carabinieri, alle quali il personale può accedere a richiesta.

Vorrei fare una precisazione, sempre per essere utile. Nella domanda si dice che la cartella sanitaria del militare è raccolta dal facente funzioni del medico competente. L'idoneità al servizio militare è ovviamente appannaggio del sanitario militare, che segue la storia clinica del militare dall'inizio alla fine del rapporto. Se il militare, nelle sue comuni attività lavorative, rientra in dei rischi per i quali c'è la sorveglianza sanitaria obbligatoria, ovviamente ci sarà un documento di valutazione dei rischi e ci sarà un medico competente che seguirà, per la parte esclusivamente di sorveglianza obbligatoria e di rischio, il personale. Quindi, le due cose non vanno insieme, ma sono ben distinte: la medicina del lavoro è applicata in una certa maniera; la salute, l'igiene, la profilassi, la prevenzione sono materie di cui si occupano altre persone, almeno a oggi.

Vengo ad alcuni chiarimenti sui contenuti della relazione. Cos'è il problema della

sottonotifica? La sottonotifica è il fenomeno, in parte inevitabile, di sottostima del numero dei casi di patologia neoplastica che colpisce il personale militare, dovuto principalmente al fatto che il militare congedato perde il legame con la sanità militare, mantenendo il contatto esclusivamente con il servizio sanitario nazionale.

Per patologie croniche a lento esordio, come quelle neoplastiche, la sottonotifica può essere un evento significativo, in quanto la malattia può essere diagnosticata a distanza di tempo dal congedo e quindi ignorata dalle nostre statistiche.

Questo fenomeno era molto più evidente ai tempi della leva, quando al termine del servizio obbligatorio il personale non aveva più legami con le strutture sanitarie militari. Per il personale in servizio permanente, invece, la sanità militare rimane spesso un riferimento per l'assistenza sanitaria per sé e per i propri familiari, anche dopo il congedo. Quindi, il fenomeno è attualmente molto più attenuato.

L'informazione sulle condizioni di salute del militare congedato arriva, inoltre, a seguito della ricerca attiva dell'Ispettorato generale della sanità militare, che la svolge attraverso l'Osservatorio epidemiologico della Difesa, presso gli uffici di contenzioso, i Dipartimenti di medicina militare e legale e le Commissioni medico-ospedaliere, presso le quali vengono effettuati gli accertamenti sanitari a favore anche del personale in quiescenza per il riconoscimento delle cause di servizio e dei discendenti benefici.

Al fine di limitare ulteriormente l'incidenza della sottonotifica nella descrizione del quadro epidemiologico, abbiamo sviluppato due studi. Il primo, che è terminato, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, che ha utilizzato i dati ISTAT, però sulla mortalità della popolazione italiana. Lo studio, che si è concluso nel dicembre 2013, è stato anche pubblicato su una rivista internazionale, *l'European Journal of Public Health*.

I risultati di questo studio sono in linea con gli analoghi eseguiti in altri Paesi, dai quali emerge che la partecipazione alla missione operativa all'estero non evidenzia

aspetti difformi rispetto alle analisi svolte dall'Osservatorio epidemiologico e dimostra che il fenomeno della sottonotifica è in realtà poco significativo in relazione all'analisi precedentemente effettuata.

Questo, però, non basta ancora per fare uno studio epidemiologico completo. È vero, infatti abbiamo un secondo studio, il cui protocollo è stato già determinato, che inizierà quando il Ministero della salute formalizzerà l'accordo con la Difesa per l'utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera, le cosiddette SDO, che attraverso una serie di programmi, incrociando i dati sanitari disponibili, faranno risaltare le neoplasie rilevate a carico del personale militare, ovviamente senza l'indicazione nominativa del paziente.

Questo ulteriore studio, incentrato a questo punto non più sulla mortalità ma sulla morbosità neoplastica, renderà possibile valutare l'effettiva incidenza della sottonotifica sui dati in possesso dell'Osservatorio epidemiologico della Difesa, oltre che dare un quadro epidemiologico ancora più completo.

Vengo al contenzioso extragiudiziale. Che cosa vuol dire? Con il termine « contenzioso extragiudiziale » si indicano gli atti di diffida e messa in mora con i quali si intima a una persona fisica o giuridica di compiere o di non compiere una determinata azione, in assenza della quale ci si rivolgerà all'autorità giudiziaria competente per una maggiore tutela del diritto vantato.

Per il contenzioso di competenza, quello che attiene a noi, si intende il procedimento messo in atto dal personale militare e civile della Difesa o dai loro eredi finalizzato alla richiesta di risarcimento del danno subito a seguito di asserite esposizioni a fattori di rischio ambientale. Di norma, è rivolto direttamente al Ministero della difesa, per il tramite di uno studio legale ovvero anche in forma privata, e persegue lo scopo di addivenire a una soluzione bonaria e condivisa del contenzioso.

Il risarcimento richiesto viene quantificato per lo più in 5 milioni di euro, senza attivare le normali procedure in sede giu-

diziaria. Al riguardo si rappresenta che l'Ispettorato generale della sanità militare, che è competente alla cura del contenzioso sanitario, dopo aver acquisito dalla Forza armata e dall'Arma dei carabinieri la documentazione sul servizio prestato e sugli incarichi ricoperti, nonché gli elementi di carattere sanitario sul conto del predetto personale, la invia all'Avvocatura dello Stato competente, al fine di ricevere il parere di merito sull'accoglimento dell'istanza extragiudiziale.

Sono in corso tentativi di conciliazione per il risarcimento del danno sanitario dei militari? Se sì, quanti sono? Alla data del 4 aprile 2016, in aderenza alle azioni e ai pareri resi dall'Avvocatura dello Stato, non sono stati avviati tentativi di conciliazione del contenzioso extragiudiziale.

Dei 105 procedimenti giudiziari *in itinere*, quanti sono stati definiti in primo grado? E con quali esiti? Alla data dell'8 marzo i 105 procedimenti *in itinere* erano: 76 in primo grado, quindi sono ancora pendenti, 26 in secondo grado, di cui 10 con sentenze di primo grado favorevoli all'amministrazione Difesa e 16 con sentenze di primo grado sfavorevoli all'amministrazione Difesa; 3 ricorsi in Cassazione, di cui 1 in primo grado favorevole all'amministrazione Difesa, 2 in primo grado sfavorevoli all'amministrazione Difesa.

Ulteriori richieste. Vi sono forme di collaborazione tra IGESAN e il Comitato di prevenzione e controllo delle malattie del personale militare istituito presso il Ministero della difesa? In caso di risposta positiva, in quale ambito si sviluppa questa collaborazione?

Qui debbo fare, purtroppo, una cronistoria. Il CPCM è stato istituito con decreto ministeriale in data 23 novembre 2007, in relazione alle problematiche correlate con le attività della Commissione parlamentare di inchiesta sui casi di morte e di gravi malattie che hanno colpito il personale italiano impiegato all'estero, presieduta dalla senatrice Menapace.

In particolare, il Comitato aveva compiti di studio e ricerca in materia di epidemiologia, eziopatogenesi, problematiche poste in relazione con la contaminazione ambien-

tale, farmaci, vaccini ed emoderivati. Era composto da undici elementi comprensivi del presidente. Si poteva avvalere, per l'espletamento dei compiti, di organismi militari, nonché di strutture pubbliche e private nazionali; disponeva di un coordinatore; deliberava a maggioranza; aveva una durata di tre anni, con possibilità di proroga. Si avvaleva, per il funzionamento dell'organizzazione, della soppressa Direzione generale della sanità militare.

Con successivi decreti ministeriali, il Comitato è stato prorogato nella durata e modificato nella composizione dei membri e nel supporto per il funzionamento, attribuito con il decreto ministeriale del 3 agosto 2009 al gabinetto del Ministro.

Il decreto ministeriale, in data 16 luglio 2012, ha prorogato la durata del Comitato fino al 30 giugno 2013, data in cui, in assenza di ulteriore decreto ministeriale di proroga, ha cessato definitivamente la sua attività.

La Commissione intende chiedere di acquisire lo studio degli indicatori per patologie asbesto correlate di cui si parla nella relazione. Il documento è disponibile e lo alleghiamo, anzi mi dicono che lo abbiamo già consegnato.

Resto a disposizione del presidente e della Commissione.

**PRESIDENTE.** Grazie, generale. Do la parola ai colleghi che desiderano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

**IVAN CATALANO.** Ringrazio il generale per aver dato risposta alle domande, anche se, per quanto riguarda la questione dei dati, alla domanda specifica su quali dati vengano raccolti mi sarei aspettato che ci portasse un esempio di scheda o di dato raccolto.

**ENRICO TOMAO, Ispettore generale della sanità militare (IGESAN).** Una cartella clinica ?

**IVAN CATALANO.** Sì, un esempio di cartella specifica. Che si raccolgano i dati riguardanti la vita sanitaria lo stabilisce la

legge e lo sappiamo anche noi. Avremmo voluto conoscere un dettaglio dei dati da analizzare.

**ENRICO TOMAO, Ispettore generale della sanità militare (IGESAN).** Le dico quello che avviene anche in funzione dell'evoluzione e dell'informatizzazione della pubblica amministrazione. I dati sanitari dipendono in questo momento dalle singole Forze armate, le quali sono organizzate ognuna con un suo apparato informatico nel quale riversa i dati, che ovviamente sono i dati di una normale cartella clinica.

In più, sulla cartella clinica vengono scritte le eventuali cause di servizio, gli infortuni e qualsiasi cosa avvenga. Poi, come dicevo, ci sono le cartelle sanitarie di sorveglianza sanitaria e di rischio, che sono, ovviamente a seconda del medico competente, informatizzate, ma sono una cosa diversa e sono detenute a livello del datore di lavoro, dove il comandante di corpo svolge questa funzione.

Chiedo scusa, ma non avevo capito che voleste vedere materialmente i dati. Anzi, le dirò di più...

**IVAN CATALANO.** Le chiedo se ci può portare degli esempi – non compilati, chiaramente – dei dati che vengono raccolti.

**ENRICO TOMAO, Ispettore generale della sanità militare (IGESAN).** Sì.

**ROBERTO BISELLI, Vice capo servizio sanitario Aeronautica militare.** Ho diretto l'Osservatorio epidemiologico della Difesa fino a due anni fa. Infatti, il collega che avete visto l'altra settimana, il colonnello De Angelis, è quello che mi ha sostituito.

Se ho ben capito quello che intendeva l'onorevole Catalano, le notizie che arrivano all'Osservatorio per le valutazioni, che poi sono prese dalla cartella, sono essenzialmente quelle sulle neoplasie, che nel *database* vengono riportate secondo le classificazioni, per poter valutare quale tipo di neoplasia incide più o meno; inoltre, le malattie superiori ai 45 giorni, una misura che è stata decisa a suo tempo perché si presuppone che siano malattie di una certa

importanza quando comportino un'assenza dal lavoro superiore ai 45 giorni. Chiaramente una banale influenza, una malattia di pochi giorni, non viene riportata nel *database* centrale dell'Osservatorio, altrimenti ingolferemmo il *database* con dei dati molto semplici.

Ancora, arrivano le notizie su tutto ciò che riguarda i decessi, i suicidi e le tossicodipendenze. Le Forze armate ci mandano ogni sei mesi un *report* su tutti i test che vengono fatti *random* nell'ambito del personale, quindi questi dati vengono riportati in questo tipo di statistica.

Vengono altresì riportate le notizie su malattie infettive — in questo caso, l'unico, c'è un obbligo di notifica — e sulle vaccinazioni effettuate. Andando a memoria, penso di non aver dimenticato nulla.

Presso l'Osservatorio epidemiologico, come diceva l'ispettore, i dati vengono trattati in maniera anonima e a livello statistico-epidemiologico. Se voglio entrare nella cartella clinica di Biselli Roberto, questo viene fatto a livello della singola forza armata dove si entra nel dettaglio del singolo provvedimento.

I dati che ho appena riferito sono quelli che vengono analizzati, invece, a livello centrale anche dall'Osservatorio epidemiologico.

IVAN CATALANO. Inoltre, nel rispondere alla domanda sulla profilassi vaccinale, ci ha detto che il primo modulo completa il programma di immunizzazione dell'infanzia e poi ci sono i successivi moduli. Le chiedo se ci sono delle prassi, delle procedure internazionali che la Difesa adotta in particolari situazioni o procedure interne che, invece, derogano a questi principi.

Chiedo se ci sono casi in cui si deroga e, in quel caso, che cosa si fa. Si dà l'informazione al militare, il quale sa che gli vengono somministrati vaccini in deroga a questi principi, questi vaccini vengono scritti nella cartella vaccinale del militare? Insomma, il militare può venire a conoscenza in modo facile di quali vaccinazioni gli sono state somministrate? C'è una completa presa di conoscenza da parte del militare? Insomma, la domanda è se ci

sono prassi o procedure che derogano a questi principi e se ci sono motivazioni a sostegno di queste deroghe.

DONATELLA DURANTI. Ringrazio anch'io il generale per aver risposto alle domande che sono state poste. In riferimento all'ultima parte del suo intervento, lei ci ha consegnato un documento sullo studio di indicatori per le patologie asbesto-correlate. Poiché non è stato possibile da parte sua illustrarlo, quindi non conosciamo, al momento, il contenuto del documento, io chiederei la sua disponibilità già da ora per poter fare delle domande e per approfondire quello studio che abbiamo appena ricevuto e che avremo bisogno di approfondire.

PAOLO COVA. Ringrazio gli auditi. Voglio riprendere il tema delle vaccinazioni che ha preso in considerazione il collega Catalano. Noi non abbiamo visto — li ha consegnati adesso — i moduli 1, 2, 3 e 4, però credo che questa sia una normale procedura che viene usata nel caso in cui si va in un teatro di intervento.

Ho già provato a porre la mia domanda in un'altra occasione, ma non mi sembra di aver ricevuto risposta. Provo a riproporla a voi. Questo è quello che è scritto sulla carta. Tutti sappiamo che in questo caso si usa questa procedura e quest'altra e via dicendo. Se si va, come diceva prima, in teatri mediorientali o asiatici, si segue questa procedura. Ma ipotizzo che non succeda sempre così. Succede che la mattina voi riceviate l'ordine di partire entro poco tempo e non tutte le volte che si parte lo si sa già da mesi.

Se ci dite che siete già organizzati, che i moduli vengono preparati a prescindere e che sapete che un certo gruppo di militari, se dovesse succedere qualcosa da qui ai prossimi sei mesi, partirà sicuramente, quindi si vaccinano tutti in precedenza, è un conto. Altrimenti, da quando arriva l'ordine fino al momento della partenza probabilmente il protocollo vaccinale subisce dei cambiamenti e c'è una procedura completamente diversa.

Cosa viene fatto, allora? Qual è il meccanismo? Ci sono i moduli 1, 2, 3 e 4, poi

seguono 5, 6 e 7, o viene mantenuta questa procedura? In questo caso è stato cambiato qualcosa? Voi mi state dicendo che vi siete organizzati e da adesso in avanti li preparate, che ogni sei mesi di *routine* avete dei gruppi di militari che vengono vaccinati? Allora, noi dobbiamo sapere che a turno probabilmente ogni sei mesi dei militari vengono vaccinati a prescindere, perché non sappiamo se vanno o non vanno in teatri di guerra.

Vorrei capire questo aspetto, perché è l'organizzazione dell'attività militare che va a incidere. Mi farebbe piacere capire come funziona.

La seconda domanda riguarda il tema delle sottonotifiche o delle sottostime, come possiamo chiamarle. Magari ho capito male nel leggere la relazione e nell'ascoltare quello che ha detto lei: sui congedati si viene a conoscenza dei casi di patologie successive al congedo perché sono state fatte delle vertenze nei confronti del Ministero della difesa. Così sembrerebbe. Oppure si fanno comunque delle indagini?

Qui è stato detto che ne venite a conoscenza perché sono state fatte delle richieste di indennizzo e a questo punto si fa chiarezza. Ma se una persona dopo venti anni scopre di avere un tumore e decide di non chiedere l'indennizzo noi perdiamo questo caso o ne siamo a conoscenza?

Stando alla relazione e alle sue parole la risposta è un po' dubbia. Vorrei avere chiarezza su questo.

MARIA AMATO. La premessa è che parliamo di vaccini sempre con molta delicatezza e con il giusto riguardo per tutto quello che è la vaccinazione. Vorrei sapere se nel modulo di consenso informato che è obbligatorio per qualsiasi procedura sanitaria sono indicati nel dettaglio i prodotti inoculati e se è possibile per la Commissione acquisire il modello del modulo di consenso informato.

Il protocollo vaccinale prevede un tempo di attenzione post procedura o un tempo di ridotta attività fisica? Se sì, qual è la durata del tempo di riposo? Gli individui refrattari, cioè quelli che ai precedenti vaccini non hanno risposto, vengono rivaccinati comunque? Questo normalmente, per

esempio per l'epatite, si sa perché l'epatite viene controllata con il test successivo.

Viene prima fatta una rivalutazione dello stato delle immunoglobuline specifiche o si vaccina *tout court*? Per sfatare il mito e la credenza — e anche quello che è diffuso regolarmente attraverso i *network* e il parlare comune — che ai militari vengono somministrati siringoni di vaccini tutti insieme, è possibile, attraverso l'analisi retrospettiva delle forniture, dei movimenti di magazzino, della registrazione delle scorte, avere i dati di quanti vaccini multipli e quanti singoli sono stati somministrati?

C'è stata — mi aggancio al discorso dei dati acquisiti in anamnesi, praticamente, e quindi conservati — nei casi segnalati di linfoma di Hodgkin che sono stati presentati erroneamente finora come una malattia virus correlata quando invece è uno (sottolineo «uno») dei fattori predisponenti il virus, ma in ogni caso c'è stata la revisione dei dati, nei casi di linfoma di Hodgkin, nell'anamnesi patologica remota della presenza dell'infezione da virus di Epstein-Barr? Se sì, in quanti casi?

PRESIDENTE. Completiamo le domande dei colleghi e alla fine troveremo il modo per ascoltare le risposte degli auditi.

DIEGO ZARDINI. Anch'io ringrazio gli auditi. Un aspetto che ho capito poco, evidentemente per mia colpa, è l'incrocio tra gli interventi di vaccinazione legati a motivi di pubblica sanità e quelli legati più alla valutazione del rischio di cui al decreto legislativo n. 81/2008.

Ci è parso di comprendere, nelle audizioni precedenti, che la responsabilità della documentazione prevista dalla valutazione dei rischi, quindi immagino anche dai protocolli sanitari per la protezione dei fattori di rischio, dipenda dai singoli comandi. Questo ci è stato comunicato in altre audizioni, forse in maniera erranea.

Vorrei comprendere come il protocollo sanitario e le relative vaccinazioni incrocino questa parte più legata alla protezione del lavoro con quella di pubblica sanità.

Credo sia un aspetto abbastanza importante.

PAOLA BOLDRINI. Ringrazio della preparazione di tutte le domande, che immagino sia un lavoro complesso. Come vede, noi ne abbiamo altre.

Vorrei fare un'osservazione. Abbiamo avuto, la settimana scorsa, l'audizione dell'Osservatorio epidemiologico di cui il generale faceva menzione prima e ho notato, avendola riletta, che è pressoché sovrapponibile con la memoria del generale Tomao dell'audizione precedente, in quanto rilevano gli stessi dati.

Come già la settimana scorsa, anche oggi faccio un'annotazione. Se sono state sovrapposte le indicazioni di mortalità nella popolazione militare rispetto ai dati AIRTUM, sottolineo il fatto che questi ultimi non riguardano l'intera popolazione, ma solo il 51 per cento attualmente. I registri non sono al completo per tutta la popolazione nazionale, quindi mancano dei dati. Giustamente AIRTUM sta cercando di accreditare altri registri, ma gran parte delle regioni sono ancora assenti. Quindi, faccio fatica a capire la comparazione di questi dati con questa parte di popolazione che non c'è.

ENRICO TOMAO, *Ispettore generale della sanità militare (IGESAN)*. Però è quello che abbiamo.

PAOLA BOLDRINI. Certo, ma è perché c'è questa sottonotifica di cui lei parlava prima e, secondo me, bisogna evidenziare anche queste cose.

Vorrei porre un'altra domanda. Lei giustamente ha fatto la cronistoria del Comitato di prevenzione e controllo delle malattie del personale militare, istituito dopo la richiesta della Commissione Menapace e che, se vogliamo, è rimasto in vita fino al 2013. Innanzitutto vorrei capire i componenti di che cosa si occupavano, conoscere i lavori che sono emersi da questo Comitato, che ha lavorato per un bel po' di anni. Poi, una volta decaduto il 30 giugno 2013, non è più stato prorogato. Non c'è più interesse a rinnovare la proroga? Insomma, vorrei capire se aveva valenze e quindi se è decaduto perché non era necessario o per altri motivi.

MARIA CHIARA CARROZZA. Vorrei fare una domanda che riguarda i protocolli e le modalità con cui vengono stabiliti.

Ciò che mi colpisce, della sua relazione, è che sembra che non ci sia continuità fra il servizio sanitario nazionale e la sanità militare, cioè che questo legame si interrompa. La cartella clinica non è la stessa: uno ha un libretto delle vaccinazioni come cittadino italiano, ma se entra nel sistema militare cambia il sistema di documentazione e di archiviazione, quindi la cartella clinica, ma non c'è interoperabilità fra i due sistemi.

Come dialogano i due sistemi? Per noi questo è un elemento importante, perché alcuni dei militari che abbiamo audito ci hanno detto che quando si sono ammalati – sono le loro dichiarazioni – sono stati congedati e da quel momento in poi la sanità militare non ha più risposto loro. Dunque, si sono sentiti abbandonati perché sono rientrati nel servizio sanitario nazionale che non ha dato loro una risposta adeguata, dato il livello di esposizione, anche professionale, a cui erano stati sottoposti durante la vita militare.

Un punto essenziale, secondo me, per l'attività di questa Commissione, è capire il flusso dei dati, l'interoperabilità dei sistemi – posto che si vada verso una cartella clinica elettronica e quindi che i sistemi dialoghino – e infine i protocolli.

Come diceva l'onorevole Zardini, si tratta di capire come vengono definiti i protocolli e quindi stabiliti i vaccini che vengono somministrati, anche secondo la regione geografica in cui si svolge la missione. Immagino che ci sia un legame fra il luogo della missione e la scelta sia della tipologia di vaccini sia dei vaccini specifici che vengono somministrati.

Questo è per noi un altro elemento fondamentale per capire se e come questi protocolli vengono effettuati, se ci sia collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, in questo senso, e come questa collaborazione avvenga.

A un certo punto si parla di un nuovo protocollo fra il Ministero della salute e il Ministero della difesa. Pensavo, da cittadina, che questa collaborazione tra i due Ministeri e con il servizio sanitario regio-

nale avvenisse di base, non che fosse una conquista recente o ancora da venire.

Mi sembra che, in relazione alle tematiche che affrontiamo, questo sia un elemento essenziale per noi.

**PRESIDENTE.** Non essendovi altri interventi, vorrei porre due domande anche io al signor generale ed esprimere poche parole conclusive.

È noto che questa Commissione, similmente a quanto fatto dalla Commissione precedente, ha preso posizione in maniera ufficiale ed esplicita relativamente alla cosiddetta « obbligatorietà » delle vaccinazioni e lo ha fatto nel senso contrario, non solo invocando l'articolo 32 della Costituzione ma sviluppando una serie di ragionamenti che la settimana scorsa si sono anche sostanziati in una lettera ufficiale della Commissione che è stata inviata al presidente della Commissione difesa, e di cui si è parlato anche nella riunione della Commissione difesa di ieri.

Tuttavia, ho necessità di porre una domanda. A quei militari che dovessero ritenere ridondanti le vaccinazioni che vengono proposte loro e a quei militari che si rifiutassero di essere sottoposti alle cosiddette « vaccinazioni multiple » che cosa succede? Che tipo di atteggiamento assume l'amministrazione della Difesa, nello specifico?

Ora, signor generale, vorrei tornare su una questione che ho letto e che effettivamente non era contenuta nelle domande che avevamo presentato la volta scorsa. È una questione delicata, che con altrettanta delicatezza sottoponiamo al suo giudizio e alla sua valutazione, in un'audizione libera, quindi come si conviene fra persone che si stimano reciprocamente e che hanno i medesimi obiettivi. Rispetto a tale questione, però, è importante un suo contributo di trasparenza.

Rileggo ciò che ho letto in apertura: « Un criterio più largo di valutazione del danno da parte della CMO non sembra però incidere sulla valutazione del Comitato di verifica per le cause di servizio, il quale Comitato continua ad operare sulla base di un nesso di causalità che il legislatore si è orientato a modificare nel senso della multifattorialità o della probabilità di cause ».

La domanda, signor generale, gliela pongo senza malizia, poiché siamo qui per cercare di fare luce su queste cose. Poiché nel Comitato di verifica per le cause di servizio ci sono medici militari che sono spesso anche i relatori dei singoli casi, è opportuno chiarire e quindi sapere se a questi medici sia stata data o venga data indicazione nel senso di orientare la loro valutazione sulle cause di servizio in termini di probabilità di cause.

Per spiegarmi meglio: esiste un atteggiamento pregiudiziale preconstituito da parte dell'amministrazione della Difesa o, per quanto di sua conoscenza, da parte eventualmente anche di altre amministrazioni, come — giusto per fare un esempio — da parte del Ministero dell'economia, che in forma più o meno persuasiva sviluppa una sorta di azione pedagogica nei confronti della Commissione, in maniera tale da indurla ad un orientamento di fatto diverso da quello che si può registrare nella CMO?

Questa domanda non nasce a caso, ma nasce anche a seguito di un pronunciamento che è stato fatto dal TAR Firenze, il quale in maniera molto chiara e molto dura si chiede di fatto che cosa ci stia a fare questo Comitato, visto che decide e sentenzia come se stesse ciclostilando qualcosa (ho un numero di anni sufficiente per ricordare il ciclostile, anche se adesso si chiamano fotocopie, e per fortuna ci sono).

Su questo, signor generale, non per una forma di rituale cortesia, ma con molta sincerità noi le chiediamo di darci una risposta. Non so quanto sia consentito o di buon gusto fare delle comparazioni, ma le audizioni sono tappe di un unico cammino. La scorsa settimana la tappa con l'Osservatorio epidemiologico non è stata delle più felici, perché ci è stata quasi sbattuta in faccia una serie di numeri e dati, con una conclusione, anche in questo caso, apoditticamente pedagogica in cui si diceva che, a fronte di quei dati, non si doveva pensare che le persone si potessero ammalare, essendo scritto tutto in modo chiaro.

Viceversa, nelle sue risposte e nel suo atteggiamento leggo — e ritengo di non sbagliarmi — un'apertura, un'assenza di pregiudizi, la disponibilità dell'amministra-

zione della Difesa ad una piena e leale collaborazione. Di questo anticipatamente desidero ringraziarla.

Se noi le chiederemo, come io sto per fare, di tornare una terza volta, perché è chiaro che bisognerà che lei risponda alle domande che le abbiamo posto, non è solo per una ragione di carattere tecnico, ma è perché stiamo registrando un'importante apertura e ci aspettiamo da lei e dalla sanità militare, che lei autorevolmente guida, un'apertura ancora maggiore.

Se vuole salutare la Commissione, le do volentieri la parola.

ENRICO TOMAO, *Ispettore generale della sanità militare (IGESAN)*. Andrò a lavorare, a questo punto! Chiedo solo al presidente di darmi un po' di tempo.

PRESIDENTE. Concordiamo.

ENRICO TOMAO, *Ispettore generale della sanità militare (IGESAN)*. Ringrazio per le domande che mi sono state poste, tutte attualissime. Come diceva prima il collega, alcuni preconcetti vanno sfatati. Sapete bene che, nell'ambito della riorganizzazione generale dello Stato, anche le Forze armate sono state riorganizzate, a partire dalla cosiddetta «leva» che è stata sospesa nel 2003.

Stiamo parlando anche di casi che risalgono a molti anni fa. Noi abbiamo cominciato ad andare «fuori area» nel 1990, anche se il primo caso di incidente risale al 1961, a Kindu, quando medici andarono in Congo a cercare di salvare le persone.

Sicuramente la visione nel tempo è cambiata, la realtà è cambiata. Siamo di meno, siamo più professionali, siamo più efficienti, con grosso sacrificio ovviamente, perché nel ridurre strutture così grandi cambiano completamente gli assetti e le situazioni. Sicuramente però da me, che sono un medico, avrete il massimo della disponibilità in questo ambito.

Rispetto a quello che diceva il presidente, gli strumenti che in questo momento voi politici ci avete dato per lavorare sono questi e, secondo me, devono funzionare bene. Se non funzionano bene, siamo disponibilissimi a trovare con voi soluzioni che tendano a migliorare queste situazioni.

Lo ripeto, io sono un medico e per me la salute del militare singolo — ogni singola persona per ogni singola situazione — va valutata in questa maniera. Se poi, ripeto, questo non viene fatto, è un altro discorso. Il 21 avrò una riunione con tutti quelli delle CMO; lei ha detto che vanno bene, ma se questo accade è perché tutti i giorni — non dico tutti, ma quasi — faccio riunioni con i presidenti delle CMO e dico loro quello che debbono fare. Hanno una direttiva e in quella maniera si devono comportare. Mi pare che a livello della CMO, cioè di concessione della categoria pensionistica, non ci siano mai stati problemi.

Comunque, sono a disposizione per qualsiasi cosa. Chiedo solo un po' di tempo perché, come avrete capito, vorrei darvi per ogni singola domanda la risposta che ritengo più attuale e più eticamente corretta. Grazie.

PRESIDENTE. Signor generale, ringraziamo lei e i suoi accompagnatori Biselli e Lista.

Ringrazio i signori esperti, i consulenti presenti e gli uffici.

Per quanto riguarda il «terzo tempo», ci mettiamo d'accordo la prossima settimana per concordare una data quanto prima.

Dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 9.35.**

*Licenziato per la stampa  
il 29 maggio 2017*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



\*17STC0023030\*